**Wywiad z rodzicem w związku z wnioskiem do Zespołu Orzekającego   
 o wydanie orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania**

........................................................................

Imię i nazwisko osoby udzielającej informacji

1. Z jakiego powodu ubiega się Pan/i o nauczanie indywidualne dla swojego dziecka? Dlaczego zdaniem Pan/i dziecko powinno być objęte indywidualnym nauczaniem?

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Od jak dawna dziecko choruje?

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Pod opieką jakich specjalistycznych poradni medycznych znajduje się dziecko?

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Jak często w ciągu ostatniego roku korzystało Pan/i dziecko ze specjalistycznej opieki medycznej? A jak często w ciągu ostatnich dwóch miesięcy?

...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Czy dziecko kiedykolwiek przebywało w szpitalu? Kiedy i z jakiego powodu?

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Jakie są obecnie objawy choroby dziecka?

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Czy wymienione objawy utrudniają naukę, uczęszczanie na zajęcia lekcyjne?

TAK NIE

1. Jeśli tak, to w jaki sposób utrudniają naukę, uczęszczanie do szkoły?

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Czy dziecko przyjmuje aktualnie jakieś leki? Jakie? Od jakiego czasu? W jakich dawkach?

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Jak funkcjonuje dziecko po przyjęciu leków? Czy leczenie przynosi poprawę? W jakim zakresie?

..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Jeśli nie widzi Pan/i poprawy u dziecka, mimo zastosowanego leczenia, to czy konsultowała Pani tę sprawę z lekarzem prowadzącym?

............................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Jak wyglądają relacje Pan/i dziecka z rówieśnikami?

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Jak dziecko zachowuje się w szkole? Czy są jakieś problemy z zachowaniem na lekcjach, na przerwach?

................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Czy dziecko chętnie chodzi do szkoły? TAK NIE
2. Jeśli nie, to co Pan/i zdaniem jest tego przyczyną?

...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Jak do tej pory przebiegało chodzenie do szkoły? Czy dziecko uczęszcza do szkoły systematycznie? Jak często/ od kiedy jest nieobecne w szkole? Jak dużo ma opuszczonych godzin?

...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Czy coś jeszcze, oprócz objawów choroby, może powodować częste nieobecności w szkole?

...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Jak dziecko radzi sobie z nauką? Czy ma trudności w nauce? W czym się one przejawiają?

...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

1. Czy dziecko korzysta w szkole z dodatkowych zajęć w szkole? Jeśli tak, to jakich?

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Jak wyobraża sobie Pan/i nauczanie indywidualne swojego dziecka? Czy wie Pan/i na czym nauczanie indywidualne ma polegać?

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Czy jest jeszcze coś o czy, chciałby/ chciałaby Pan/i powiedzieć?

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..................................................... ........................................................................

Data przeprowadzenia wywiadu czytelny podpis osoby przeprowadzającej wywiad